



INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del niño(a) _____

No. de ID: _____

Sexo: M ___ F ___ Fecha de nacimiento ___/___/___

Padres ___ Encargados ___ Padres Suplentes ___

1) Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Tel. del Trabajo _____

Celular _____ Correo Electrónico _____

2) Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Tel. Del Trabajo _____

Celular _____ Correo Electrónico _____

3) Contacto en caso de emergencia: _____

Teléfono _____

¿Quiénes son las personas involucradas con su niño(a) regularmente?

Nombre	Relación	Edad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Idioma que hablan en el hogar: _____

¿Se necesita intérprete? Si ___ No ___

Programa de Intervención Temprana: _____

Coordinador(a) de Servicios _____

Teléfono _____

Padre Consultor de RIPIN _____

Teléfono _____

Fecha de Referido Inicial ___/___/___

Hecho por: _____

Tipo de IFSP y Fecha:

Revisión de Progreso y Fecha:

Temporáneo: ___/___/___ Revisión de Progreso: ___/___/___

Inicial: ___/___/___ Revisión de Progreso: ___/___/___

Anual: ___/___/___ Revisión de Progreso: ___/___/___

Si el IFSP inicial tiene fecha de mas de 45 días desde el referido, o el IFSP anual tiene fecha de mas de 12 meses desde su ultima revisión, por favor explique por que (Use el otro lado de esta pagina si es necesario):

___ Enfermedad/hospitalización del niño ___ La familia pidió una extensión
___ No se pudo contactar con la familia ___ Asunto con el proveedor
o cancelo

Profesionales/ Programas presentemente involucrados con la familia:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Planificando para la Transición a los 3 años de edad:

Fecha anticipada para la Transición: _____

Contacto del Distrito Escolar: _____

Nombre del Niño(a): _____

ACERCA DE MI NIÑO(A)

Intervención Temprana se enfoca en apoyar el desarrollo de su niño(a) en las actividades diarias con su familia. Por favor díganos mas acerca de su niño(a):

1. Como describiría a mi niño(a):

2. Cosas que mi niño(a) hace bien:

3. Personas, lugares y actividades que mi niño(a) disfruta:

4. Alguna actividad o parte de la rutina del niño(a)/familia que es difícil para mi niño(a): (Ejemplo: alimentación, hora de dormir, jugar con otros niños, etc.)

5. Preguntas que tengo acerca del desarrollo de mi niño(a): _____

ACERCA DE NUESTRA FAMILIA

*Las preguntas (#6-9) en esta página nos ayudarán a conocer más acerca de las actividades que ustedes disfrutaban juntos, cualquier área que sea difícil, y como Intervención Temprana le pueda servir de ayuda. Su IFSP se basará en las áreas más importantes para usted con relación al desarrollo de su niño(a). * Estas preguntas son acerca de su familia y usted no esta obligado(a) a contestarlas.*

Yo consiento a proveer la información solicitada aquí acerca de las fortalezas, preocupaciones y prioridades de mi familia. Yo entiendo que aunque no consiento permiso mi familia recibirá servicios apropiados.

Firma

Fecha

6. Personas, lugares y actividades que nuestra familia disfruta: _____

7. Lo maravilloso acerca de nuestra familia (nuestras fortalezas):

8. Personas, actividades, y/u organizaciones, que ayudan a nuestra familia: (Ejemplo: grupo de madres y niños, abuelos, comunidades religiosas, YMCA, etc.)

9. ¿Qué más sería útil para nuestro(a) niño(a)? (Información, recursos)

Nombre del Niño(a): _____

INFORMACIÓN ACERCA DE LA SALUD

Hogar Médico del Niño: ¿Hay un doctor, centro de salud u otro lugar en particular donde usted lleva su niño(a) regularmente para exámenes médicos, vacunas o enfermedades? Sí No

Escriba el nombre, la dirección y número de teléfono de dicho proveedor de cuidado médico o centro:

Nombre: _____

Dirección: _____

Telefono: _____

Salud General del Niño(a):

¿Cuándo fue la última vez que su niño(a) tuvo un examen médico (general)?

Fecha: ___/___/___

¿Tiene su niño(a) un diagnóstico médico? Sí No

Si usted contesta si, ¿cuál es el diagnóstico?

¿Ve su niño(a) algún especialista médico? Sí No

Si usted contesta si, por favor de escribir su nombre(s): _____

¿Está tomando su niño(a) algún medicamento regularmente (incluyendo medicamento sin receta)? Si usted contesta si, indique la razón por que:

Medicamento

Frecuencia

Razón

Medicamento	Frecuencia	Razón
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Visión: ¿Le han examinado la vista de su niño(a)? Sí No

Fecha del examen: ___/___/___ Lugar: _____

¿Hay alguna preocupación acerca de la vista de su niño(a)?

Sí No

Por favor de describir la preocupación: _____

Plomo: ¿ Ha sido examinado su niño(a) para el envenenamiento por plomo?

Sí No Fecha del examen: ___/___/___

Lugar: _____

¿Estaba el nivel de plomo elevado? Especifique: _____

Si el nivel del plomo esta elevado, describa los pasos tomados o tratamiento proveido: _____

¿Le han dado información acerca de los riesgos de la exposición al plomo? _____

Audición:

¿ Han sido examinados los oidos de su niño(a)? Sí No

Fecha del examen: ___/___/___ Lugar: _____

¿Hay alguna preocupación acerca de los oidos de su niño(a)? Sí No

Por favor de describir la preocupación: _____

Nombre del Niño(a): _____

INFORMACIÓN ACERCA DE LA SALUD

Dormir: Comparta con nosotros información sobre los hábitos de dormir de su niño(a):

¿Dificultad para dormirse por las noches? ____ Si ____ No Numero de veces que se despierta el niño durante la noche: _____

¿Cuántas horas duerme el niño por la noche?: _____ ¿Cuántas horas duerme el niño durante el día?: _____

Otras preocupaciones acerca del hábito de dormir de su niño(a), por favor especifique (pesadillas, roncar, etc.): _____

Alimentación y Nutrición: ¿Comparta con nosotros sobre la alimentación, nutrición, o crecimiento de su niño(a)?

Información e historial de salud adicional (incluyendo el historial de su embarazo y el nacimiento de su niño, hospitalizaciones, salud mental y problemas de comportamiento):

Nombre del Niño(a): _____

NIVEL DEL DESARROLLO ACTUAL

Preguntas que los Padres Tienen para la Evaluación:

Una Descripción de la Evaluación de mi Niño(a):

(La familia y el equipo describen el lugar/ambiente, el comportamiento y la interacción del niño(a), papel que la familia asumió y adaptaciones)

RESUMEN ACERCA DE LO QUE EL EQUIPO, INCLUYENDO LA FAMILIA, HA APRENDIDO DEL DESARROLLO DEL NIÑO(A)

Desarrollo del Cuerpo y los Músculos, Moverse, Usando las Manos (Habilidades Motoras Gruesas y Finas)

Las cosas que mi niño(a) logra hacer bien y cosas mi niño(a) encuentra difícil o necesita ayuda:

* **Las cosas que mi niño(a) logra hacer bien:** Describe las fortalezas y habilidades surgentes actuales del niño(a), así como se relaciona a la participación en rutinas diarias, actividades y oportunidades de aprendizaje.

****Las cosas que mi niño(a) encuentra difícil o necesita ayuda:** Describe lo que el niño(a) encuentra difícil, evita, o lo que impide que participe activamente en rutinas diarias, actividades y oportunidades de aprendizaje.

Nombre del Niño(a): _____

NIVEL DEL DESARROLLO ACTUAL

Compresión y Comunicación (Comunicación Receptiva y Expresiva)

Las cosas que mi niño(a) logra hacer bien y cosas mi niño(a) encuentra difícil o necesita ayuda:

Jugar, Pensar y Explorar (Habilidades Cognitivas)

Las cosas que mi niño(a) logra hacer bien y cosas mi niño(a) encuentra difícil o necesita ayuda:

* **Las cosas que mi niño(a) logra hacer bien:** Describe las fortalezas y habilidades surgentes actuales del niño(a), así como se relaciona a la participación en rutinas diarias, actividades y oportunidades de aprendizaje.

****Las cosas que mi niño(a) encuentra difícil o necesita ayuda:** Describe lo que el niño(a) encuentra difícil, evita, o lo que impide que participe activamente en rutinas diarias, actividades y oportunidades de aprendizaje.

Nombre del Niño(a): _____

NIVEL DEL DESARROLLO ACTUAL

Interacción con Otros (Habilidades Sociales/Emocionales)

Las cosas que mi niño(a) logra hacer bien y cosas mi niño(a) encuentra difícil o necesita ayuda:

Comer, Vestirse, Ir al Baño, Dormir (Habilidades de Adaptación/Auto-Ayuda)

Las cosas que mi niño(a) logra hacer bien y cosas mi niño(a) encuentra difícil o necesita ayuda:

* **Las cosas que mi niño(a) logra hacer bien:** Describe las fortalezas y habilidades surgentes actuales del niño(a), así como se relaciona a la participación en rutinas diarias, actividades y oportunidades de aprendizaje.

****Las cosas que mi niño(a) encuentra difícil o necesita ayuda:** Describe lo que el niño(a) encuentra difícil, evita, o lo que impide que participe activamente en rutinas diarias, actividades y oportunidades de aprendizaje.

Nombre del Niño(a): _____

Fecha: _____

RESULTADO/META

Lo que queremos que ocurra:

Lo que esta ocurriendo ahora:

Lo que queremos que acontezca (Objetivos a corto plazo que se puedan medir o una declaración de un resultado que se pueda medir):

Estrategias (métodos para lograr este resultado durante las actividades y rutinas diarias de su niño(a) y familia):

¿Qué clase de apoyo necesita usted para usar estas estrategias?

Fecha(s) de Revisión:

¿Se ha logrado este resultado?

Por favor de dar un resume:

Nombre del Niño(a): _____

**JUSTIFICACIÓN PARA SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA QUE NO SE PUEDEN LOGRAR DE
MANERA SATISFACTORIA EN UN AMBIENTE NATURAL**

“... Uno de los más importantes resultados que podemos apoyar es que los niños pequeños con necesidades especiales participen completamente en su mundo diario, en vez de ser excluidos de experiencias de la vida que tienen los otros niños.. ...Ambientes naturales incluyen el conocimiento que los niños aprenden mejor en el contexto de rutinas, actividades, y lugares diarios. ... Esta decisión de proveer servicios en otros lugares debe ser tomada por el equipo PFSI. La justificación para esta decisión debe ser basada en la necesidad del niño(a) y la familia y documentado en el PFSI.” (Estándares de Operación, Mayo del 2000).

Escriba cualquier servicio que no será proveído en un ambiente natural, la(s) página(s) del resultado(s)/meta que el servicio esta tratando, y donde el servicio será proveído:

Explique porque el resultado(s) no se pudo lograr en un ambiente natural con apoyos adicionales. Si el niño(a) en un ambiente natural, no ha logrado progreso satisfactorio hacia el resultado, incluya una descripción de porque el resultado no fue modificado o por que no se seleccionó un ambiente natural alternativo:

Explique como los servicios proveídos en este lugar serán generalizados para ayudar a que el niño(a) funcione en su ambiente natural. Incluya que clase de ayudas será proveída a los padres y a otros que cuidan al niño(a) para ayudarles a usar estrategias que son exitosas en el escenario de cada día.

Fecha completada:

Fecha para ser revisado:

REVISIÓN DEL IFSP



intervención temprana

Nombre del Niño(a): _____

YO PARTICIPE EN EL DESARROLLO DE ESTE IFSP, HE LEIDO DICHO DOCUMENTO, Y EL CONTENIDO DEL MISMO ME FUE EXPLICADO COMPLETAMENTE.

_____ Se me fueron explicados mis derechos acerca del proceso y procedimientos (procedimientos seguros).

_____ Apruebo este plan para mi niño(a) y mi familia.

_____ No apruebo _____, _____,

_____ servicios para mi niño(a) y familia, y me gustaría que hicieran los siguientes cambios:

Firma del Padre, Madre/Encargado

Fecha

Otros miembros del equipo IFSP:

Coordinador(a) de Servicios _____ Fecha: _____

Otro Miembro del Equipo _____ Fecha: _____

Otro Miembro del Equipo _____ Fecha: _____

Otro Miembro del Equipo _____ Fecha: _____

REVISIÓN DEL IFSP

NOMBRE DEL/LA NIÑO(A) _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

El IFSP es un documento vivo que debe revisarse cada seis meses, y actualizarse cada año. Este documento puede revisarse con mayor frecuencia si la familia y/o los proveedores de servicios así lo creen necesario. Si se añaden o eliminan servicios o si la frecuencia de los servicios cambia, la página de servicios debe ser actualizada. Como parte de la revisión del IFSP los resultados deben ser revisados y el progreso resumido en esas páginas.

Resumen de la Discusión:

Fecha de la Revisión _____

Describa el progreso general del niño(a). ¿Cómo los servicios de Intervención Temprana están apoyando la participación del niño(a) y la familia en actividades deseadas?
¿Cuáles cambios serían útiles?

Firma del Padre, Madre/Encargado

Fecha

Otros miembros del equipo del IFSP:

Coordinador(a) de Servicios _____ Fecha: _____

Otro Miembro del Equipo _____ Fecha: _____

Si ha sido más de 6 meses entre la fecha del IFSP y la fecha de la revisión, por favor indique la razón porque:

PLAN INDIVIDUAL DE TRANSICIÓN

NIÑO: _____ FECHA/NACIMIENTO: _____	AGENCIA DE IT: _____	DISTRITO ESCOLAR: _____
DIRECCION: _____	CONTACTO: _____	CONTACTO: _____
TELEFONO: _____	TELEFONO: _____	TELEFONO: _____
PADRE/ENCARGADO: _____		

<p style="text-align: center;">Fechas de Transición</p> <p>Referido al Distrito Escolar _____ IFSP dado al Distrito Escolar _____</p> <p>Reunión: Planificación de Transición _____ Equipo de Evaluación revisa referido _____</p> <p>Elegibilidad Determinada _____ Reunión de PEI _____</p>	<p style="text-align: center;">Información Proveída a la Familia (por favor marque abajo)</p> <p>Información para Referido a CEDARR: _____</p> <p>Copia de Procedimientos Seguros (Escolar) _____</p> <p>Como recibir Normas de Educación Especial (RI): _____</p> <p>Contacto para la Comité Local de Padres (Escolar): _____</p>
--	---

DECLARACIÓN DE LA FAMILIA/METAS PARA TRANSICIÓN:

ESTADO PRESENTE (ejemplos: progreso en el desarrollo/áreas de necesidad, servicios, proveedores de afuera, padre suplente educacional):

Asistencia a la Reunión de Transición

PADRE/ENCARGADO: _____	COORDINADOR DE SERVICIOS: _____
REPRESENTANTE ESCOLAR: _____	OTROS: _____

Nombre del Niño(a): _____

¿CUALES SON LOS PASOS SIGUIENTES NECESARIOS PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD?
 (Ejemplos: intercambio de archivos con la divulgación, evaluaciones adicionales, observación del niño)

<u>QUE</u>	<u>QUIEN</u>	<u>CUANDO</u>	<u>FECHA COMPLETADA</u>

¿QUE INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE TRANSICIÓN DESEA LA FAMILIA?
 (Ejemplos: entrenamientos de padre- a- padre, observar varios ambientes de aprendizaje y/o servicios de niñez temprana)

<u>QUE</u>	<u>QUIEN</u>	<u>CUANDO</u>	<u>FECHA COMPLETADA</u>

¿QUE INFORMACIÓN ADICIONAL LE AYUDARIA A PLANIFICAR PARA EL FUTURO? Escuela y/o comunidad "*PERSONAS, LUGARES Y ACTIVIDADES*" (ejemplos: observaciones del niño en el plan del grupo, informe de progreso mas reciente, la información necesitada si están considerando servicios en el verano, opciones en la comunidad, exámenes/evaluaciones adicionales, habilidades de auto ayuda, necesidades de comunicación/salud/tecnología)

<u>QUE</u>	<u>QUIEN</u>	<u>CUANDO</u>	<u>FECHA COMPLETADA</u>

_____ No es elegible para educación especial y/o servicios relacionados. Información y/o referidos para los siguientes recursos comunitarios fueron proveídos a la familia:

Child's Name: _____ Fecha: _____

PASOS ADICIONALES DE PLANIFICACIÓN

Esta página se usara para documentar planificación y pasos siguientes mientras el periodo de transición continúa y se reúne más información necesitada.

QUE	QUIEN	CUANDO	FECHA COMPLETADA